UNIVERSITÉ D'ALGER
FACULTÉ MIXTE DE MÉDECINE & DE PHARMACIE D'ALGER
ANNÉE 1911 — N° 9

DE LA PRÉSENCE DE RASHS
DANS LE TYPHUS EXANTHÉMATIQUE
AU COURS D'UNE ÉPIDÉMIE

THÈSE

POUR

LE DOCTORAT EN MÉDECINE

Présentée et soutenue publiquement le 30 juin 1911

PAR

ALEXANDRE CASENAVE
Né à Orléansville le 14 Septembre 1885

Ex-Préparateur de Pathologie générale, microbiologie et parasitologie
à la Faculté mixte de Médecine et de Pharmacie d'Alger
Ancien Interne de 1re classe
Mention Honorable des épidémies

MEMBRES DU JURY

MM. SOULIÉ, Professeur de Pathologie générale, Microbiologie, et parasitologie, Président.
ARDIN-DELTEIL, Professeur de Clinique Médicale
CRESPIN, Professeur d'Hygiène et Médecine légale
GILLOT, Chargé des fonctions d'agrégé
} Juges.

NOTA. La Faculté n'entend donner aucune approbation ni improbation aux opinions émises dans les thèses ; ces opinions doivent être considérées comme propres à leurs auteurs.

ALGER
IMPRIMERIE, TYPOGRAPHIE, RELIURE, F. GUARDIOLA
Au Climat-de-France, Bab-el-Oued - ALGER

1911

Digitized by the Internet Archive
in 2026

https://archive.org/details/IA41536524_0088

UNIVERSITÉ D'ALGER
FACULTÉ MIXTE DE MÉDECINE & DE PHARMACIE D'ALGER

ANNÉE 1911 — N° 9

DE LA PRÉSENCE DE RASHS

DANS LE TYPHUS EXANTHÉMATIQUE

AU COURS D'UNE ÉPIDÉMIE

THÈSE

POUR

LE DOCTORAT EN MÉDECINE

Présentée et soutenue publiquement le 30 juin 1911

ACAD. D'ALGER
BIBL.

PAR

ALEXANDRE CASENAVE

Né à Orléansville le 14 Septembre 1885

Ex-Préparateur de Pathologie générale, microbiologie et parasitologie
à la Faculté mixte de Médecine et de Pharmacie d'Alger
Ancien Interne de 1re classe
Mention Honorable des épidémies

MEMBRES DU JURY

MM. SOULIÉ, Professeur de Pathologie générale, Microbiologie, et parasitologie, Président.
ARDIN-DELTEIL, Professeur de Clinique Médicale
CRESPIN, Professeur d'Hygiène et Médecine légale } Juges.
GILLOT, Chargé des fonctions d'agrégé

NOTA.- La Faculté n'entend donner aucune approbation ni improbation aux opinions émises dans les thèses ; ces opinions doivent être considérées comme propres à leurs auteurs.

ALGER
IMPRIMERIE, TYPOGRAPHIE, RELIURE, F. GUARDIOLA
Au Climat de-France, Bab-el-Oued - ALGER

1911

UNIVERSITÉ D'ALGER

FACULTÉ MIXTE DE MÉDECINE & DE PHARMACIE

DOYEN	MM. CURTILLET (I. ✠).
ASSESSEUR	VINCENT (I. ✠).

PROFESSEURS

Anatomie	Mrs WEBER (I. ✠).
Anatomie pathologique et histologie	POUJOL (I. ✠).
Physiologie	REY (I. ✠).
Clinique médicale	ARDIN-DELTEIL (I. ✠)
Clinique chirurgicale	VINCENT (I. ✠).
Clinique des maladies des pays chauds et des maladies syphilitiques et cutanées	BRAULT (✠ I. ✠).
Clinique chirurgicale infantile et d'orthopédie	CURTILLET (I. ✠).
Clinique obstétricale	ROUVIER (✠ I. ✠),
Clinique ophtalmologique	CANGE (A. ✠).
Clinique médicale et toxicologie	MALOSSE (I. ✠ ✠).
Physique médicale et biologique	GUILLEMIN (✠ I. ✠).
Pharmacie	BATTANDIER (I. ✠).
Matière médicale et thérapeutique	HERAIL (I. ✠).
Histoire naturelle médicale	TRABUT (✠ I. ✠ MA. O ✠)
Pathologie générale, microbiologie et parasitologie	SOULIÉ (I. ✠).
Hygiène et médecine légale	CRESPIN (I. ✠).

CHARGÉS DES FONCTIONS D'AGRÉGÉS

Chaires d'anatomie et de physiologie	Mrs LEBLANC (A. ✠).
Chaires de pathologie et de clinique internes	GILLOT (A. ✠). N...
Chaires de pathologie et de clinique externes, et de clinique obstétricale	E. CABANES A. ✠). FUSTER.
Chaires d'Histoire Naturelle	N...
Chaires de Chimie et de physique	MALOSSE (A. ✠).
Chaires de pharmacie et de matière médicale	MUSSO.

A LA MÉMOIRE DE MES CHERS DISPARUS

A la mémoire de

M. Ernest COLLET, Instituteur public,

qui dirigea mes premières études scientifiques avec la plus grande compétence et le plus généreux désintéressement.
Faible témoignage d'éternelle reconnaissance.

A la Mémoire de

Mademoiselle Juliette PETIT

Externe des Hôpitaux

Pieux témoignage de ma respectueuse amitié.

A la mémoire de mon ami

M. Georges DESHAYES

Étudiant en Médecine

Témoignage affectueux de ma profonde amitié.

A. CASENAVE

A MA FEMME

A MES BEAUX-PARENTS

A MES BEAU-FRÈRE ET BELLE-SŒUR

A TOUS CEUX DES MIENS

PARENTS ET GRANDS-PARENTS

qui m'ont toujours témoigné une affection profonde.

A. CASENAVE.

A LA MÉMOIRE

De mes Maîtres de la Faculté de Médecine d'Alger
et de l'Hôpital Civil de Mustapha

TROLARD, SCHERB, DENIS

A mes MAITRES de l'Externat et de l'Internat.

A Messieurs les Docteurs

GILLOT, DUMOLARD, LEMAIRE

SALIÈGE, RAYNAUD, BATTAREL

Médecins des Hôpitaux

A Messieurs les Docteurs

GOINARD, CABANNES, SABADINI, MOGGI

Chirurgiens des Hôpitaux

A mes Maîtres de la Faculté de Médecine d'Alger

MM. les Professeurs ARDIN-DELTEIL, CRESPIN

ROUVIER, CURTILLET, VINCENT

FUSTER, LEBLANC.

A. CASENAVE.

A MM. les Docteurs

BINET, BERNASCONI, BENHAMOU

FERRARI, GEFFROY

A mes amis

BARGE H., MARIGNANO A., CWIK, E.

SUSINI Paul, avocat, SICHÉ H., pharmacien.

A mes chers camarades d'études

MM. les Docteurs LAFFONT A., FOURNIÉ R.
MASSELOT Louis, VIGUIER G., STÉFANOPOLI E.
COSTE P., FLOTTES E., COUDRAY Max
AIMARD J., MASSELOT Lucien, BOUTRY H.
JAIS E. BELHANDOUZ M. MOSCA A., BISCOS G.
BÉGUET M., MOUNOT G., SABADINI L.

A. CASENAVE.

A Monsieur le Docteur PÉLISSARD,

Médecin des Hôpitaux,

qui m'a inspiré le sujet de cette thèse,

Je dédie ce modeste travail comme gage
de ma profonde gratitude et de mon entier dévouement.

A mon excellent Maître

M. le Docteur SOULIÉ

Professeur de Pathologie générale
Microbiologie et Parasitologie à la Faculté de Médecine d'Alger

Médecin des Hôpitaux

Qui m'a témoigné la plus grande bienveillance
au cours de mes années d'internat ;
Qui m'a initié aux joies des recherches bactériologiques ;
Que m'a honoré de toute sa confiance en m'agréant
comme préparateur de sa chaire d'enseignement
Qui me fait le plus grand honneur et le plus vif plaisir
en acceptant de présider ma thèse

Je dédie cette thèse et le prie d'y voir le gage
de ma sincère gratitude et de mon entier dévouement.

A. CASENAVE.

AVANT-PROPOS

En cédant au désir de traiter le présent sujet, nous avons voulu apporter une modeste contribution à l'étude des éruptions au cours du typhus. Une épidémie exceptionnelle dans ses allures nous a fourni la base de ce travail.

Nos ressources étaient des plus maigres ; les observations dont nous disposions étaient peu nombreuses.

D'autre part nous tenions à rester dans le domaine clinique. Nous n avons eu nullement l'intention de traiter un sujet de pathologie générale. La tâche eût été d autant plus difficile que les classiques ne se sont pas prononcés définitivement sur la pathogénie des *rashs* connus jusqu'à ce jour.

Force nous est de donner à l'impression un mémoire des plus courts ; mais nous avons tout au moins la satisfaction d'avoir traité un sujet neuf.

« Les éruptions se voient mieux qu'elles ne se laissent décrire » nous disait récemment un de nos maîtres. Nous convenons volontiers du fait. C'est pourquoi nous sommes nous appliqué tout spécialement à la rédaction des observations. Nous aurions voulu rapporter sur des schémas la topographie de ces *rashs* ; mais il nous aurait fallu les dessiner au lit du malade ; la rigueur de l'épidémie ne nous a pas donné le loisir de le faire

Nous avons divisé notre travail ainsi qu'il suit :

Dans une introduction, nous rappelons que les auteurs ont signalé les *rashs* au cours des fièvres éruptives et que notre maître, le Docteur Pélissard, les a signalés au cours du typhus.

Dans un premier chapitre nous étudions tout d'abord les caractères généraux de l'éruption dans le typhus et nous insistons sur ce fait que l'éruption atteint rarement la face.

Dans un second chapitre, nous relatons les observations que nous avons groupées suivant leur variété.

Dans un troisième chapitre nous essayons de dégager de ces observations les caractères cliniques des *rashs*.

Le quatrième chapitre a trait à la signification pathologique de ces *rashs*.

Dans un cinquième chapitre nous exprimons quelques conclusions au point de vue du diagnostic et du pronostic de ces cas de typhus s'accompagnant de *rashs*

* * *

Nous tenons à rendre hommage au dévouement infatigable de notre cher condisciple, le Docteur R. Fournié, qui, pour s'être surmené au cours de cette épidémie, a contracté un typhus sévère.

Vers la fin de notre séjour à l'Ambulance, fatigué par deux épidémies successives de variole et de typhus, nous avions contracté nous-même un typhus très léger, plutôt la forme de typhisation de Jacquot. C'est alors que notre ami Fournié, présumant trop de ses forces, voulut assurer seul durant quelque temps le service de garde à l'Am-

bulance. Il paya ce surcroît de besogne d'une atteinte très grave de la maladie. Nous nous faisons un devoir de lui renouveler ici nos sentiments de profonde amitié.

Que MM. les Docteurs Ardin-Delteil, Dumolard et Lemaire soient assurés de toute notre reconnaissance pour l'accueil bienveillant qu'ils nous ont réservé toutes les fois que nous avons eu recours à leurs bons conseils.

Que M. le Docteur Benhamou, chef de clinique à la Faculté, dont la bienveillance à notre égard fut toujours si grande, agrée ici même l'assurance de notre vive gratitude.

Au cours de nos années d'Internat, nous avons contracté des amitiés sûres. Que nos camarades Aimard, Coudray Max, Laffont, Masselot Louis et Masselot Lucien soient assurés de nos sentiments les plus affectueux.

Que nos camarades Flottes, Coste et Stéfanopoli, avec lesquels nous avons pris de si joyeuses gardes, agréent l'assurance de notre plus vive et plus sincère amitié.

INTRODUCTION

Le mot *rash*, qu'il faut rapprocher du mot italien « raschiare » gratter, désigne en anglais, toute éruption, toute efflorescence cutanée.

Introduit en France, dans le langage médical, par Dezoteux et Valentin, ce terme servit tout d'abord à désigner les efflorescences cutanées qui accompagnent la variole inoculée. Par extension du sens de ce mot, on désigne actuellement sous le mot de *rash* toute éruption qui se produit au cours des fièvres éruptives et autres maladies infectieuses, indépendamment de l'éruption symptômatique normale de la maladie causale.

Les *rashs varioliques* sont les mieux connus, les mieux étudiés; ce n'est pas qu'ils soient les plus fréquents, mais ils échappent plus difficilement à l'observation des cliniciens.

D'antres *rashs* sont connus de nos jours ; au cours des fièvres éruptives, les auteurs ont constaté des éruptions érythémateuses ou purpuriques qu'ils ont rapprochées des *rashs* varioliques et qu'ils ont, par analogie avec ces derniers, désignés sous le nom de *rashs*.

C'est ainsi que L. Cerf a étudié les *rashs varicelliques*, entrevus depuis longtemps par Gintrac. Les *rashs varicelliques* sont pré, méta ou post éruptifs. Ils occupent

n'importe quel point du corps. La variété la plus fréquemment rencontrée est la variété *scarlatiniforme* ; mais les variétés *morbilliforme* et *purpurique* s'observent quelquefois.

Au cours de la rougeole, H. Roger a signalé des *rashs morbilliformes* pré et post-rubéoliques et des érythèmes noueux. Ces éruptions n avaient pas de localisation bien spéciale. Souvent des parents affirment avoir constaté, chez leurs enfants, une éruption partielle, toute fugace, semblable à l'éruption morbillieuse, qui s'était effacée, disaient-ils, pour reparaître plus généralisée, plus intense, plus apparente.

On peut interpréter très facilement ces faits, si l'on admet que l'éruption fugace était une sorte de *rash* alors que l'éruption généralisée constituait l'éruption symptômatique de l'affection rougeoleuse.

H. Roger a signalé de même des érythèmes au cours de la scarlatine : *rashs* pré et post-éruptifs, de la variété *scarlatiniforme* ou *papuleuse*. Dans un cas il y avait localisation de l'éruption à la face, au ventre et aux membres et dans les autres cas au thorax et a l'abdomen.

On retrouve de même ces *rashs* au cours de la phase de pustulation de la vaccine. Tremolières leur a donné le nom de *rashs vaccinaux*. Ici les variétés sont nombreuses : *rashs érythémateux, morbilliformes, scarlatiniformes, papuleux* et *ortiés*.

De même, au cours de l'érysipèle, de la fièvre typhoïde, de la pneumonie, de la diphtérie, de l'infection puerpérale, de l'infection blennorragique, les classiques ont noté la co-existence d'érythèmes infectieux qui sont les équivalents des *rashs* des fièvres éruptives.

Il était donc légitime de penser qu'on pourrait trouver des *rashs* dans le typhus exanthématique qui est une des maladies infectieuses les plus nettement caractérisées.

C est ce qu'il nous a été permis de constater au cours d'une épidémie de typhus exanthématique qui, en 1909, a sévi dans les départements d'Alger et de Constantine, alors que nous étions détaché comme interne à l'Ambulance d'El-Kettar.

A cette occasion nous avons pu observer 186 malades atteints de typhus exanthématique. Parmi ces malades, huit nous ont fourni l'occasion de constater, au cours de leur affection, l'apparition d'éruptions analogues à celles que l'on rencontre dans la variole et que l'on y décrit sous le nom ne *rashs*.

Déjà, l'attention des cliniciens sur cette présence de *rashs*, au cours du typhus, a été attirée par M. le Docteur Pélissard, médecin des hôpitaux, chargé du service de l'Ambulance d'El-Kettar, dans un rapport médical sur l'épidémie de typhus qui a sévi à Alger en 1909.

De ce rapport qui a paru dans le *Bulletin Médical de l'Algérie* du 10 Avril 1910, nous extrayons les lignes suivantes :

« Au sujet des éruptions cutanées, nous devons signa-
« ler une modalité spéciale de ces éruptions qui n'a pas
« été décrite par les auteurs classiques, sauf une fois, en
« passant, par Murchison en 1853. Il s'agit des rashs au
« cours du typhus. Nous avons observé 8 cas de rashs
« très nets, répartis ainsi qu'il suit :

« Variété érysipélateuse 2
« Variété morbilliforme 3
« Variété scarlatiniforme. 1
« Variété rubéoliforme 2

« Comme on le voit, toutes les formes ont été à peu « près représentées. Tous les malades qui en ont été « porteurs appartenaient à la race européenne et ce sont « surtout les femmes qui ont été atteintes (7 femmes et « 1 homme).

« Ces exanthèmes ne sont pas survenus à titre de com- « plications infectieuses ou de fièvres éruptives surajou- « tées. D'autre part ils n'ont pas été conditionnés par l'in- « gestion de médicaments susceptibles de provoquer une « éruption. Ils semblaient, au contraire, avoir une exis- « tence propre, que des caractères spéciaux bien tranchés « mettent en relief :

« 1° Apparition deux ou trois jours après le début de « l'éruption typhique ;

« 2° Localisation élective et constante au visage et « au cou ; quelquefois, envahissement de l'épaule et du « bras ;

« 3° Durée très courte de leur évolution (4 à 5 jours) ;

« 4° Absence de modification de la courbe thermique ;

« 5° Coïncidence avec une forme sévère de la maladie.

Pour si fréquentes qu'aient été dans ces derniers siècles les épidémies de typhus ; pour si nombreux qu'aient été les observations publiées et les ouvrages parus sur cette affection dont toutes les phases ont été minutieusement étudiées et analysées, il n'en est pas moins vrai que l'on ne trouve aucune trace, dans la littérature médicale, de description de ces *rashs*. Nos recherches, sur ce point, ont été vaines.

Cela tient-il à la constitution des épidémies ? Ces *rashs* sont-ils plus spécialement propres à certaines épidémies plutôt qu'à d'autres ?

Toutes les épidémies de variole ne s'accompagnent pas, en effet, du même pourcentage de *rashs varioliques* au cours de l'affection.

Et, à ce sujet, B. Auché, dans son article "Variole" du *Nouveau traité de Médecine* Brouardel et Gilbert, s'exprime ainsi :

« Leur fréquence est variable suivant les épidémies. « Relativement fréquents dans la variole inoculée (1 sur « 20 ou 30 cas Pearson) ils sont très rares dans certaines « épidémies comme celles observées par Sydenham, com- « muns dans d'autres, comme celles de 1870-71.

« Ils ont été vus dans la proportion de :

« 2, 4 o/o par Briquet
« 11, 2 o/o par Barthélemy
« 15, o/o par Quinquaud
« 28, 4 o/o par Brouardel
« 18, 42 o/o par Roger et Weill.

Nous-même, qui avons suivi, durant de longs mois, l'épidémie qui sévit à Alger en 1908-1909, nous n'avons pu observer que 7 cas de *rashs* parmi les 218 varioleux à qui nous avons donné nos soins.

Voici d'autre part, d'après les statistiques personnelles du Professeur H. Roger, dans quelles proportions ont été observés les cas de *rashs* dans différentes fièvres éruptives :

11 cas de *rashs* au cours de 1817 cas de rougeole ;
61 — — 2213 cas de scarlatine ;
4 — — 315 cas de varicelle :
7 — — 2411 cas d'érysipèle.

Nous rappelons néanmoins que les *rashs varicelliques* paraissent assez fréquents, puisque L. Cerf en a relevé 47 cas.

Les *rashs* présentent donc cette particularité de n'être pas constants. N'en serait-il pas de même pour les *rashs* du typhus exanthématique ? Ceux-ci, absents dans la plupart des épidémies, apparaîtraient dans certaines d'entre elles à la faveur de circonstances qu'il reste à déterminer.

Ce qui nous confirme dans cette opinion, à savoir que les *rashs* peuvent se retrouver dans le typhus, c'est que des constatations cliniques identiques étaient faites, en mai 1909, dans les hôpitaux de Constantine.

En effet, MM. les Docteurs Boutry et Chauvin, alors internes en médecine chargés d'assurer le service de garde auprès des typhiques, ont observé, dans plusieurs cas, des éruptions sur la face, éruptions qu'ils rapportaient à des formes anormales de typhus exanthématique. Nous pensons qu'il s'agissait vraisemblablement d'éruptions analogues à celles que nous signalons.

Nous regrettons vivement que les observations cliniques faites à l'Hôpital de Constantine n'aient pas été publiées. Nous les aurions volontiers consignées dans notre travail.

CHAPITRE I

L'Éruption dans le Typhus

L'éruption, dans le typhus exanthématique, manque si rarement, qu'elle a commandé le nom de l'affection. Elle se fait, caractère essentiel, en une seule poussée et se complète en 48 heures. Elle comprend deux éléments : un aspect marbré particulier dû à des taches pâles, irrégulièresdont les éléments éruptifs n'affleurent pas jusqu'à l'épiderme, éruption sous-cutanée.

Les autres éléments sont des macules sans relief ou formant une saillie insignifiante, macules irrégulièrement arrondies, à contours mal définis, avec une teinte allant du rose au rouge vif.

Les premiers jours les macules s'effacent momentanément sous la pression. Au bout de quelques jours, un certain nombre de ces macules ne pâlissent pas absolument et laissent une tache jaune, prenant une apparence ecchymotique. Quelques-uns de ces éléments éruptifs rappellent tout à fait les taches de purpura. Ce sont les vraies pétéchies au sens dermatologique actuel. Les taches lenticulaires apparaissent du quatrième au septième jour. Vers le milieu de la deuxième semaine, on voit apparaître les petites extravasations sanguines ou pétéchies vraies. Vers la fin du second septenaire, l'éruption disparaît.

Les lieux d'élection de cette éruption sont : les poignets, les plis du coude, l'épigastre, la région dorsale et la paroi antérieure de l'aisselle. La face et le cou sont respectés le plus souvent par les macules typhiques.

On a, en effet, très rarement l'occasion, ainsi que le faisait remarquer Murchison, d'observer les macules à la face et au cou.

Dans les rares cas où on les y rencontre, il s'agit d'une généralisation de l'éruption à la face, comme cela s'observe parfois au cours de la fièvre typhoïde. Dans ces conditions, les éléments éruptifs ont les mêmes caractères que ceux du reste du corps.

L'éruption reste toujours maculeuse, sans confluence de ses éléments et sans systématisation de ceux-ci en vue de former des éruptions complètes telles que des rashs.

Or, les éruptions que nous avons vues se produire en cours de maladie apparaissaient à la face tout d'abord, donnant l'apparence tantôt d'une rougeole, tantôt d'une scarlatine, tantôt d'un érysipèle venant compliquer le typhus.

Dans certains cas le rash s'étendait aux régions voisines : nuque, cou, épaule, bras. cette localisation élective et constante au visage devait forcément ne pas nous échapper, attendu qu'elle constituait, à notre idée, une exception.

C'est uniquement pour avoir constaté l'absence de symptômes de maladies infectieuses concomitantes que nous sommes arrivé à la conception toute légitime de rashs possibles au cours du typhus.

CHAPITRE II

OBSERVATIONS

Les huit observations que nous rapportons concernent :

2 cas de rashs érysipélateux

(Observations I et II)

3 cas de rashs morbilliformes

(Observations III, IV et V)

1 cas de rash scarlatiniforme

(Observation VI)

2 cas de rashs rubéoliformes

(Observations VII et VIII)

RASHS ÉRYSIPÉLATEUX

OBSERVATION I

C. D., âgée de 28 ans, sans profession, est d'origine italienne. Elle n'a pas su fournir les renseignements étiologiques nécessaires. Le 22 avril au soir elle était prise très brusquement de vertiges, de bourdonnements d'oreilles et d'un grand frisson. Un accès de fièvre se déclare alors qui la force à se mettre au lit. Pendant trois jours, elle a de la fièvre, des vomissements, de la céphalée. Les nuits sont très agitées, troublées par l'insomnie.

La malade entre à l'Ambulance le 25 avril. Son visage exprime l'abattement et la fatigue. Elle se plaint d'une céphalalgie frontale très vive. Le visage est congestionné; les conjonctives, injectées; les paupières, légèrement tuméfiées.

La température est très élevée et atteint 39° 6, chiffre en rapport avec la rapidité du pouls qui bat faiblement, mais régulièrement ses 118 pulsations à la minute.

La peau est brûlante, moîte. La malade transpire abondamment car elle a dû faire à pied une partie du trajet de sa demeure à l'Ambulance. L'examen des téguments ne montre nulle trace d'éruption de taches rosées. La langue est sèche, rôtie. Comme symptômes abdominaux, on note seulement de la constipation. Celle-ci s'est installée depuis quatre jours.

La malade ne tousse, ni ne crache. L'auscultation des poumons permet néanmoins de déceler quelques râles de bronchite disséminés. Les bruits du cœur sont normaux. La malade urine peu abondamment. L'analyse de ses urines ne montre ni albumine ni sucre,

C.D. est mise au traitement des typhiques : régime lacté, potion tonique, balnéation à 28°. De plus on lui administre un lavement purgatif qui est suivi d'un plein effet.

La malade passe une nuit très agitée ; elle a eu du délire, des impulsions locomotrices et des hallucinations.

Le lendemain matin, cinquième jour de l'affection, les téguments de la malade commencent à présenter, en certains points des taches rosées.

Celles-ci paraissent surtout au niveau des flancs et de la face antérieure des poignets. Ces éléments éruptifs sont des taches maculeuses, sans relief, présentant une teinte rosée et un contour circulaire. Les macules s'effacent momentanément sous la pression du doigt.

La malade est toujours abattue ; ses réponses sont vagues. Elle est dans un état d'apathie extrême. Le pouls est rapide, toujours faible, mais sans irrégularité. On a joint à la potion tonique quotidienne 0 g. 05 de sulfate de spartéine.

Le 27 avril et les jours suivants, l'état de la malade reste stationnaire. La malade est prostrée, indifférente. Le délire a cessé, remplacé par une stupeur extrême. Le pouls devenant de plus en plus fréquent, on fait chaque jour une injection de caféine de 0 g. 25. La température est toujours élevée ; les bains sont donnés régulièrement toutes les quatre heures.

Au septième jour de la maladie, C. D. se trouve en pleine hyperthermie. La langue est sèche et rôtie ; les dents et les lèvres couvertes de fuliginosités ; les narines pulvérulentes. L'éruption typhique s'est à peu près définitivement constituée.

Les taches ont pris le caractère pétéchial de la maladie. Mais les pétéchies ont pris ce singulier caractère de s'inscrire au niveau de la partie antérieure et supérieure du thorax et du cou, sur un fond érythémateux qui se continue à la face formant comme un masque rouge écarlate. Il est intéressant de noter que la congestion du visage avait disparu depuis deux jours.

D'autre part, cet érythème, de la variété érysipélateuse, présente la plupart des caractères d'une plaque érysipélateuse généralisée : rougeur intense, gonflement et turgescence de la face, aspect luisant des téguments, tension non douloureuse de la peau qui est sèche, brûlante, mais, non parcheminée.

Néanmoins, cet érythème se distingue de l'éruption érysipélateuse en ce que la plaque n'est pas limitée par un bourrelet périphérique, qu'elle n'a pas suscité d'engorgement douloureux des ganglions sous maxillaires, enfin qu'elle n'a pas de tendance à l'envahissement progressif. Enfin cette éruption nouvelle n'a pas été la cause d'une recrudescence de fièvre. L'analyse des urines n'a pas fait noter l'apparition simultanée d'albumine.

Le lendemain, on constate que l'érythème qui couvrait le visage a pris une teinte rouge sombre avec des reflets lilas. Les pétéchies, de leur côté, prennent une teinte ecchymotique.

Au neuvième jour de la maladie, la plaque érysipélateuse a diminué d'intensité, les contours ont pâli, les pommettes présentent encore un certain degré d'hyperémie. Les taches lenticulaires ont disparu pour la plupart.

Le dixième jour, le pouls donne de sérieuses inquiétudes. Il est plus rapide, plus petit que jamais. La malade se montre plus abattue que de coutume, les symptômes nerveux sont portés au maximum et le thermomètre accuse une ascension thermique de 40°. Cette aggravation des symptômes était éphémère, et, ainsi qu'on l'observe dans l'évolution de la pneumonie, elle devait faire présager une convalescence prochaine.

Effectivement, le douzième jour de l'affection, la fièvre tombait de 1°, le pouls était à 98 pulsations et les bruits du cœur semblaient mieux frappés. La malade avait une selle sans lavement préalable. La langue se dépouillait de son enduit brunâtre desséché et devenait humide. L'éruption typhique s'était effacée et l'érythème du cou avait disparu.

Au quatorzième jour de la maladie, chute de la température à 36° 2. La malade avait reposé toute la nuit. Dans la matinée, elle se réveillait étonnée, hébétée. Sa chemise était mouillée par la sueur que l'on voyait d'ailleurs perler de toutes parts sur le corps. En outre, une crise urinaire se produisait dans la même matinée qui donnait, en quatre mictions, un litre et demi d'une urine jaune clair.

L'érythème de la face s'était effacé, ne laissant, comme trace de son passage, qu'une légère desquamation en lamelles écailleuses, prononcée surtout au niveau du menton.

Le quinzième jour, la malade entrait en pleine convalescence. Le pouls était bien frappé, régulier, mais lent, battant soixante pulsations. Après examen des urines, le régime lacté était suspendu. La malade était autorisée à prendre du bouillon de légumes et des œufs.

La convalescence fut longue. La malade demandait à s'en aller. Devant son insistance, on la laissa sortir quoiqu'elle fût encore un peu faible. C'était le 14 mai : elle était donc restée vingt jours à l'Ambulance. Elle présentait encore un pouls lent. La maladie n'avait provoqué ni troubles de l'intelligence, ni troubles de la mémoire.

OBSERVATION II

—

G... R..., âgée de 18 ans, habitant rue de Chartres un logis infecté par le typhus, est envoyée au cinquième jour d'une affection fébrile intense à l'ambulance des contagieux sous le diagnostic de « fièvre éruptive ».

La malade se plaint depuis cinq jours de maux de tête constants et d'une fièvre très élevée. Elle a dû brusquement s'aliter dès le premier jour de sa maladie. Vomissements, courbature, rachialgie, bourdonnements d'oreilles, insomnie, tels ont été les premiers symptômes de cette affection.

La congestion de la face et l'injection des conjonctives, une éruption discrète et généralisée de taches rosées, les soubresauts des tendons, une constipation opiniâtre, l'absence de symptômes abdominaux, font faire le diagnostic de typhus exanthématique, malgré la présence sur la joue droite d'un placard érysipélateux qui pourrait, à première vue, en imposer pour une « dermite streptococcique ».

Cette plaque érysipélateuse occupe la plus grande surface de la joue droite ; elle affleure en dedans le sillon naso-génien droit, le bord inférieur de la paupière inférieure ; en dehors, elle s'étend jusqu'au lobule de l'oreille droite ; en bas, elle s'arrête au niveau de l'angle de la mâchoire ; en haut, elle gagne la région temporo-frontale jusqu'à la naissance des cheveux.

La peau est luisante, lisse, tuméfiée, de coloration rouge lie de vin. Cette coloration s'efface momentanément et complètement à la pression du doigt.

Ce n'est pas une plaque d'érysipèle. En effet, la malade ne souffre pas de sa joue droite. Ni sensation de cuisson, ni de tension prurigineuse, ni de brûlure. La pression du doigt ne provoque pas de douleur; la palpation ne permet

pas de déceler, sous la pulpe du doigt, le bourrelet caractéristique de l'éruption érysipélateuse. Enfin la peau n'est pas sèche : il n'y a donc pas arrêt des sécrétions sudorales et sébacées. La peau se laisse plisser très facilement sous les doigts ; il n'y a pas d'induration du derme, il n'y a pas d'adhérence au tissu cellulaire sous-jacent, il n'y a pas d'extension du processus érythémateux aux muqueuses du nez ou de la gorge.

Au niveau de la paupière inférieure, il n'y a pas d'œdème du tissu cellulaire. A la racine des cheveux, la plaque a la même coloration rouge foncé sans induration du tissu sous-jacent.

Le visage est vultueux dans son ensemble, la joue gauche a une coloration rouge vif. Les conjonctives sont extrêmement injectées. La malade est mise au traitement des typhiques,

Au septième jour de la maladie le rash érysipélateux est encore plus apparent : il a des reflets lilas et cette coloration intense tranche nettement sur la coloration rosée que prend la joue gauche dont la congestion a disparu.

L'éruption typhique proprement dite ne s'efface plus par la pression du doigt. Elle occupe le tronc et les membres, mais respecte complètement le cou ; l'état de la malade reste grave. La langue est sèche, les dents et les lèvres sont couvertes de fuliginosités, les narines sont pulvérulentes, la température est de 38° 8, le pouls bat 112 pulsations. On administre une potion contenant 0 gr. 10 de spartéine.

Au huitième jour le rash a perdu sa coloration sombre, il a pâli ; la plaque érythémateuse n'a plus ses limites précises, ni son relief des jours précédents.

Dans les jours qui suivent, le rash disparaît complètement. L'éruption typhique pâlit à son tour, les macules qui la constituent ont pris une couleur jaune-paille ecchymotique.

La malade, qui est entrée dans le deuxième septénaire de son affection, présente du délire. La température est de 39° 2, le pouls bat 120 pulsations : celui ci est petit, dépressible ; on constate quelques intermittences.

On continue l'administration de la spartéine et l'on pratique des injections hypodermiques d'huile camphrée toutes les trois heures, dans la journée.

L'état de la malade reste stationnaire et grave, la fièvre reste toujours élevée et les caractères du pouls conditionnent toujours la même médication toni-cardiaque.

Au treizième jour, les bruits du cœur sont mieux frappés et la myocardite rétrocède.

L'évolution de la maladie s'achève dans des conditions de plus en plus satisfaisantes ; mais la défervescence semble se faire attendre. La température tombe progressivement. La convalescence est longue.

La malade quitte hâtivement l'Ambulance dans un état d'affaiblissement extrême.

RASHS MORBILLIFORMES

OBSERVATION III

H... R..., infirmière à l'Hôpital civil, présente un cas de contagion nosocomiale. Le début de l'affection n'a pas été brusque. La malade a eu de la courbature, des malaises plusieurs jours avant de cesser ses occupations. Au moment de prendre le lit, le 27 avril, elle n'a pas une température très élevée : 38° 7. Elle n'a ni frisson, ni tremblement ; mais elle souffre dès ce moment d'une violente céphalée et de douleurs dans les membres inférieurs. Le lendemain, elle se plaint de douleurs articulaires et musculaires très vives, de rachialgie et d'entéralgie sans diarrhée.

L'ascension progressive de la température qui dépasse 40° au cinquième jour donnant à la marche de la maladie l'apparence d'une dothiénentérie, la séro-réaction de Widal est pratiquée ; mais le résultat au 1/50 en est négatif. D'ailleurs, on note déjà sur le corps de la malade une éruption de taches rosées. Le lendemain et surlendemain surtout, la malade présente des symptômes suspects. Elle est évacuée sur l'ambulance d'El-Kettar au neuvième jour de son affection, c'est-à-dire le 4 mai.

Nous l'examinons à son arrivée. Elle se plaint de céphalée violente, de courbature généralisée et d'hyperesthésie très vive. Aussi le moindre mouvement lui arrache-t-il un cri de souffrance. Sur le tronc et les membres, on observe une éruption de taches rosées. De plus, on note l'absence de symptômes abdominaux : ni gar-

gouillements, ni météorisme, ni douleur à la pression dans la fosse iliaque droite. Le pouls n'est pas dicrote ; il est rapide, bat à 118 et reste en rapport avec l'élévation de la température qui atteint 39° 5.

La face de la malade est congestionnée et les conjonctives palpébrales et bulbaires sont le siège d'une vascularisation intense.

On observe que la langue est sèche, rôtie, rouge à la pointe et sur les bords, couverte d'un enduit brunâtre desséché, indice d'une constipation qui dure depuis le début de la maladie. L'abdomen n'est pas météorisé ; la rate est perceptible dans les inspirations profondes ; le foie ne déborde pas les fausses côtes. Les bruits du cœur sont un peu affaiblis et l'auscultation des poumons montre l'existence de râles de bronchite disséminés et des signes de congestion à la base droite. Enfin la peau est le siège d'une éruption de taches rosées, douces au toucher, à contours polycycliques plutôt que lenticulaires. Ces éléments éruptifs se sont disposés dans les régions d'élection : face antérieure de l'aisselle, parois latérales de l'abdomen, face antérieure des poignets et pli du coude. Certaines macules disparaissent momentanément sous la pression du doigt; d'autres plus avancées dans leur évolution, ne s'effacent plus et leur teinte cuivrée fait pressentir leur passage au stade ecchymotique.

Le traitement du typhus est institué : régime lacté, potion tonique, et, toutes les trois heures, bain à 28 30°. Dans l'après midi, injection de spartéine de 0 g. 10, puis lavement glycériné, enfin application de ventouses sèches sur le thorax.

5 Mai — Insomnie et agitation durant toute la nuit. Pouls petit, rapide : on fait à la malade une injection de caféine de 0gr. 25. L'éruption a foncé encore. D'autre part, à la face, au cou et sur la face antérieure du thorax est apparu un exanthème morbilliforme, dont la teinte tranche nettement sur celle de l'exanthème typhique. Cette éruption est représentée par des papules roses, douces au toucher et comme veloutées, qui ressemblent aux éléments éruptifs de la rougeole sur le visage; ces papules sont plus ap

parentes sur le front, les joues, le pourtour du menton. Elles affectent, par place, une disposition en petits placards formés par la réunion de plusieurs papules, notamment sur la joue gauche. Au cou, les papules sont disséminées sans ordre, mais elles ne confluent pas. L'examen de la gorge ne montre pas d'exanthème. Par la palpation des téguments, on ne trouve aucune réaction ganglionnaire de voisinage. La malade n'a présenté les jours précédents ni larmoiement, ni photophobie, ni coryza. De plus, la température n'a pas eu de recrudescence au moment de l'éruption de la face, ainsi que cela se voit dans la rougeole. Sur la poitrine, les papules se sont groupées en grandes plaques du diamètre d'une pièce de cinq fr. A ce niveau, l'éruption s'efface facilement sous la pression du doigt.

6 Mai — Dès la veille au soir, la malade a eu du délire qui s'est prolongé dans la nuit, s'accompagnant d'impulsions locomotrices. Le pouls est à 120 pulsations ; la fièvre a dépassé 40°. Les bruits du cœur sont sourds et lointains. Le poumon droit est congestionné à sa base ; c'est du moins ce que traduisent une légère dyspnée et des crachats légèrement hémoptoïques. La malade, bien qu'entrée dans la deuxième période de son affection, présente de la céphalée et de l'hyperesthésie comme au premier jour.

Le rash apparaît encore plus nettement qu'hier comme une éruption nouvelle, indépendante de l'éruption typhique. Les élevures qui le constituent ont foncé leur teinte. On remarque qu'elles ne s'effacent plus sous la pression du doigt et qu'elles ne donnent plus, au toucher, la sensation de velouté.

On continue à baigner la malade. On lui applique des ventouses sur le thorax. L'analyse des urines décèle des traces d'albumine. La diazo-réaction ne peut être faite.

7 Mai. — La malade est prostrée, les pupilles sont dilatées, les dents sont couvertes de fuliginosités, les tendons présentent des soubresauts. . . . . .

8 Mai. — L'éruption typhique subit en ce moment son

évolution pétéchiale. Le rash prend une teinte légérement cuivrée. Les papules se sont affaissées au niveau du front, elles ont disparu complètement.

L'ouïe de la malade a perdu de sa finesse.

9 Mai. — Le délire est moins violent. La malade compose des chants religieux à l'adresse du médecin traitant et de la sœur de service dans son ancienne salle.

La malade n'a plus d'hyperesthésie des téguments; son pouls est petit, dépressible, battant 116 pulsations. La fièvre est toujours élevée. On fait une injection de caféine.

10 Mai. — L'état de la malade est toujours stationnaire. La céphalée persiste toujours malgré l'application d'une poche de glace sur la tête.

L'éruption typhique pâlit de plus en plus et le rash disparaît.

Le pouls est petit, très rapide.

11 et 12 Mai. — Pendant ces deux jours, le pouls est devenu filiforme. Injection de caféine. La malade est toujours dans l'hyperthermie et continue à prendre ses bains à 28°. Le délire est devenu incessant, mais il est calme.

13 Mai. — La température est abaissée, mais le pouls reste petit. Cependant les bruits du cœur sont moins sourds. Les signes de congestion pulmonaire se sont amendés. Délire et surdité persistent.

14 Mai. — On assiste, dans la matinée, à l'heure de la visite, au réveil de la malade. Un sommeil profond pendant douze heures, une transsudation extrême pendant un temps égal, et une diurèse intense au réveil, tels ont été les trois termes de cette réaction qui s'est fait attendre depuis trois jours, réaction qui a transformé brusquement la malade en une convalescente bien faible et dont le visage est d'une pâleur extrême.

H... R... semble sortir d'un rêve. Elle appelle et reconnaît les infirmières de service. Elle réclame impérieusement à manger en s'exprimant très fort comme

pour s'entendre elle même. Cependant sa surdité est moindre. Comme le pouls est encore dépressible, on fait une injection de spartéine de 0 gr. 10.

15 Mai. — La nuit a été très bonne. Les urines ne sont plus albumineuses. La malade a été autorisée à prendre du bouillon et des œufs à la coque. On fait une injection de spartéine.

16 Mai. — L'amélioration continue. La malade est purgée car depuis son entrée en maladie, elle n'a pu aller à la selle que par des lavements journaliers.

17 Mai. — La malade est mise au petit régime. Plus de surdité. Le pouls reste encore lent. Injection de spartéine de 0 g. 05.

18 Mai. — On autorise la malade à se lever. Elle poursuit alors lentement sa convalescence. Son pouls reste constamment lent.

Le 25 mai, la malade quitte l'Ambulance pour aller villégiaturer et refaire ses forces qui sont encore mal assurées.

OBSERVATION IV

—

L... M.., âgé de 18 ans, de nationalité française, est employé dans une pharmacie. Il ne sait où il a pu se contagionner. Il est utile de dire cependant que ce malade habite un quartier contaminé par le typhus.

Evacué de la salle Trousseau, il est isolé à l'ambulance d'El-Kettar avec le diagnostic d' « éruption douteuse ».

Le début de l'affection remonte à sept jours.

Ce début, aux dires de l'entourage du malade, a été lent, insidieux. Tout d'abord des prodromes : malaise, courbature, céphalalgie. Ensuite des vomissements, de la fièvre sans rémission ; la nuit, de l'insomnie, de l'agitation, des cauchemars et un délire subconscient. Enfin, depuis deux jours, éruption généralisée de taches lenticulaires.

Le malade arrive à El-Kettar au début de son second septenaire. Sa température atteint 39° 2 ; son pouls, à 112 pulsations, n'est pas dicrote ; sa langue est sèche, rôtie ; son visage est congestionné et ses yeux, injectés. L'abdomen est souple, non douloureux à la pression ; la rate n'est pas perceptible et il n'y a pas de gargouillements dans la fosse iliaque droite. Le sero-diagnostic à l'Eberth est négalif.

L'examen du corps permet d'observer une éruption généralisée au tronc et aux membres. Les éléments sont plus fréquents au niveau des aisselles, des flancs et des poignets. Ce sont des macules sans relief, douces au toucher. Leur contour est polycyclique. Leur coloration est déjà rouge, lie de vin pour certains éléments et ceux-ci ne s'effacent déjà plus sous la pression des doigts ; tandis que d'autres, paraissant plus jeunes, sont teintés légèrement et s'effacent encore nettement.

A cette éruption symptomatique est surajoutée une autre éruption qui occupe la face, s'étend vers la région antérieure du cou, la région sus-claviculaire, arrive sur le thorax et gagne le bras et l'avant-bras droit sur leur face antérieure jusqu'au niveau du poignet.

Cette éruption, qui se présente à la façon d'un rash, est formée de petites élevures rougeâtres et veloutées, groupées d'une façon discrète ; elles ménagent entre elles des intervalles de peau saine assez irréguliers.

Au niveau des membres supérieurs et du thorax, ces élevures se mêlent à l'élément éruptif typhique, mais s'en distinguent nettement par leur semblant de relief à la face, elles ont envahi le front jusqu'à la racine des cheveux, et les joues jusqu'au sillon naso-génien. Les deux joues sont également affectées par l'éruption. Par ci, par là, quelques éléments confluent et forment de petits placards analogues à ceux de la rougeole.

On n'observe chez le malade ni catarrhe, ni angine, ni engorgement ganglionnaire.

Suspect de typhus, L... M..., est isolé et mis au traitement typhique.

Le lendemain, 5 mai, il est pris de diarrhée ; les selles sont liquides, jaunâtres et grumeleuses. Pas de délire la nuit précédente, mais de l'agitation. Le pouls est mou, à 118 et une injection de caféine est prescrite. L'éruption typhique a une tendance à ne plus s'effacer. On aperçoit même des pétéchies aux poignets, aux flancs et aux omoplates.

Quant aux éléments de l'exanthème, ils ont pris une teinte légèrement cuivrée.

Le 6 mai, la diarrhée persiste : une purge est donnée. La céphalagie a disparu, mais le malade ne délire pas.

Le 7 mai, les pétéchies sont nombreuses ; cependant beaucoup d'éléments ont brûlé le stade pétéchial et ont disparu.

Le lendemain, 8 mai, pas d'autre traces du rash. Les urines se sont montrées albumineuses. Une ponction

lombaire, pratiquée dans l'après-midi de ce jour, fait apparaître un liquide limpide sans hypertension qui a montré à l'analyse une légère lymphocytose.

Dans la nuit qui suit, le malade a du délire. Ce délire est de paroles, mêlé d'idées de suicide. Le typhique réclame un poison pour échapper aux êtres imaginaires qui hantent ses cauchemars.

Et dans ce délire professionnel, à demi-conscient, le malade énumère et discute les propriétés noscives des médicaments qu'il réclame.

Le 10 mai, délire nocturne : légère amélioration dans l'état général du malade ; la langue redevient humide ; le pouls est mieux frappé.

La défervescence, chez ce malade, ne se fait pas brusquement. La température baisse lentement en même temps que les urines deviennent plus abondantes.

L.., M..., demande à manger, et comme l'analyse de ses urines ne décèle plus de traces d'albumine, on lui fait prendre un peu de bouillon de légumes et des œufs.

Le malade est autorisé à se lever quatre jours après la chute de la température. Il se sent bien faible sur ses jambes ; néanmoins, il reprend vite ses forces.

Son pouls, pris journellement, reste lent jusqu'au moment de son départ, le malade sort guéri le 25 mai, sans troubles de la mémoire ni de l'intelligence.

OBSERVATION V

E... B.., âgée de 21 ans, est de nationalité espagnole. Elle habite le quartier Bab-el-Oued contaminé par le typhus. Dans ses antécédents, on relève une rougeole, de fréquentes angines et une bronchite.

La malade arrive à l'Ambulance d'El-Kettar au cinquième jour d'un typhus exanthématique. Les prodromes ont été ceux d'une maladie infectieuse : courbatures, nausées, vomissements, céphalalgie intense, ascension progressive de la température jusqu'à 40° avec sensation de soif et sécheresse de la gorge, hypertrophie de la rate, constipation opiniâtre.

Actuellement la température est de 39° 2 : le pouls rapide, petit, dépressible, bat 128 pulsations par minute. En notant ces caractères du pouls, on observe des soubresauts des tendons. Les dents et les lèvres sont couvertes de fuliginosités; les narines sont pulvérulentes. La malade répond faiblement aux questions qu'on lui pose. Elle se plaint de maux de tête violents et d'une grande lassitude; son ouïe présente de la dureté.

L'examen des téguments montre une éruption de taches rougeâtres, légèrement en relief au niveau des flancs, du thorax et de la face antérieure des avant-bras.

La malade est placée en observation et mise au traitement des typhiques.

Le lendemain (6^{me} jour) l'éruption est généralisée; les taches lenticulaires sont disséminées sur tout le corps. L'état de la malade est stationnaire; la température de 39° 6, le pouls à 124. Les bruits du cœur sont assourdis. On fait une injection de caféine de 0 gr. 25.

Le septième jour, l'état de la malade est très précaire ; l'abattement est plus prononcé. La température atteint

40° 2; le pouls est filant et bat à 130. Injection de spartéine de 0 gr. 05 matin et soir; injection d'huile camphrée (1 centimètre cube) toutes les trois heures.

Les éléments de l'éruption se sont affaissés; ils ont pris une teinte foncée. On observe même quelques pétéchies.

Le huitième jour la malade présente des symptômes inquiétants. A la céphalalgie des premiers jours a fait place un délire intense; la prostration est au maximum; les caractères du pouls conditionnent la même médication cardiaque que la veille.

L'éruption prend une apparence ecchymotique de plus en plus prononcée.

Le neuvième jour, à l'heure de la visite, on constate avec surprise l'apparition d'une éruption morbilliforme sur la face. Jusqu'à présent, la face était restée indemne de tout élément éruptif.

Des macules de couleur rosée, légèrement en relief et veloutées au toucher, offrant beaucoup d'analogie avec les papules morbilleuses de la rougeole, se montrent sur le visage et envahissent la région antérieure du cou. Mais à la face comme au cou, il n'y a pas confluence des éléments, ni formation de placards. L'absence de catarrhe oculo-nasal antérieur, de laryngite et d'angine permet d'écarter l'éventualité d'une rougeole au début, d'autant plus que la malade bénéficie probablement de l'immunité qu'a dû lui conférer sa première atteinte de rougeole.

L'état général de la malade reste stationnaire. Le pouls est mieux frappé, quoique rapide. Injection d'huile camphrée.

Au dixième jour, l'éruption typhique s'efface. On note à peine quelques pétéchies en voie de disparition.

Le rash est plus apparent qu'hier, plus distinct au cou qu'à la face. Les macules y sont, en effet, plus étalées, plus larges, plus colorées.

Le lendemain (11e jour) on constate la disparition définitive de l'éruption. Quant au rash, il pâlit à la face et se fonce au cou où les éléments prennent une teinte cuivrée.

L'état de la malade est plus satisfaisant. La fonction intestinale s'est rétablie sous l'action des lavements glycérinés administrés chaque jour. Les urines sont plus abondantes, mais elles contiennent des traces d'albumine. On continue les injections d'huile camphrée.

Le douzième jour, la prostration est moins intense. Toutefois le délire est continu. La malade n'a pas d'impulsions locomotrices.

Le rash n'est plus apparent et on ne trouve plus de trace de l'éruption typhique.

Dans les jours qui suivent, l'amélioration de la malade est plus sensible. Les lèvres et les dents se sont dépouillées de leurs fuliginosités, la langue tend à redevenir humide.

Au quatorzième jour, ascension thermique correspondant à la perturbation critique et recrudescence des symtômes généraux.

Dans la nuit qui suit, la malade a des transpirations abondantes, une diurèse intense. A son réveil, elle paraît transformée et réclame à grands cris des aliments.

La convalescence s'installe dès ce moment, mais les forces sont longues à revenir. La malade quitte l'Ambulance dans un état de faiblesse très apparent.

RASHS SCARLATINIFORMES

OBSERVATION VI

C.., G... âgée de 34 ans, est de nationalité française. Elle habite une chambre meublée qu'elle occupe seule. Elle ne sait où elle a pu se contagionner.

Prise brusquement, il y a trois jours, d'un accès de fièvre intense, elle a dû s'aliter immédiatement. Des frissons répétés, des vomissements, de la courbature, des vertiges, tel a été le début de l'affection.

La malade se plaignait d'une céphalée intense, de bourdonnements d'oreilles qui ne lui laissaient aucun répit ; les trois jours se sont passés dans l'agitation, l'insomnie et des cauchemars. La fièvre continuant, un médecin l'envoie le 30 mars à El-Kettar avec le diagnostic de fièvre continue.

30 mars. — A son arrivée, on trouve la malade dans un abattement extrême ; les yeux injectés, le visage vultueux, la respiration difficile. La température est de 39° 4, le pouls de 110. On constate des soubresauts des tendons. Il n'y a pas d'éruption sur le corps, non plus que sur la face, seule une congestion intense du visage.

La malade est dirigée sur une salle de typhiques ; elle est traitée par la méthode des bains tièdes et des toniques.

31 Mars. — A l'heure de la visite on constate l'apparition de quelques taches rosées discrètes sur le tronc et les membres supérieurs. La fièvre est à 39°, le pouls est à 120. On adjoint à la potion tonique une dose de spartéine de 0 gr 10; la céphalalgie est extrême. Les urines sont rares,

mais non albumineuses. La malade urine dans son bain, ce qui ne permet pas de connaître la quantité des urines émises depuis son entrée.

La malade réagit bien au bain.

1er Avril. — Etat stationnaire de la malade. Les taches rosées sont plus nombreuses et s'effacent nettement sous la pression du doigt.

2 Avril. — Apparition d'un rash scarlatiniforme sur la face latérale gauche du cou, sur la région de la nuque et la face postérieure de l'épaule gauche. La couleur de cet érythème est d'un rouge écrevisse ; il s'efface complètement à la pression du doigt qui y laisse une empreinte blanchâtre d'une durée très courte.

On observe sur ce fond rouge vif le pointillé hémorragique qui caractérise le rash scarlatiniforme de la variole. Mais au niveau de la face postérieure de l'épaule gauche, on constate que cet érythème a envahi la zone occupée par les taches rosées de l'éruption symptômatique du typhus.

A ce niveau, les taches rosées sont plus foncées, plus apparentes et plus nombreuses que celles qu'on observe sur le corps. L'érythème semble leur avoir donné du relief ; elles apparaissent plus larges, plus étalées que celles qui siègent sur les autres parties du corps. Elles ont de plus une tendance plus hâtive à la transformation pétéchiale.

On ne note pas d'angine, ni de douleur à la déglutition ; la gorge n'est pas tuméfiée ; il n'y a pas d'engorgement ganglionnaire. La langue n'est pas framboisée, mais au contraire, recouverte d'un enduit saburral. Il n'y a pas de démangeaison au niveau du rash.

Les macules de l'éruption symptômatique poursuivent normalement leur évolution. La température est de 39° 2, le pouls est de 118 et l'état du cœur est bon.

3 Avril. — Le rash a envahi la face antérieure de l'épaule. Il a pris une teinte rouge lie de vin dans la région qu'il a occupée primitivement. Les macules typhiques, à ce niveau, sont nettement purpuriques.

L'éruption typhique tend à pâlir. Elle n'a pas de tendance à subir l'évolution pétéchiale.

L'état de la malade reste stationnaire.

4 Avril. — La malade est plongée dans le « tuphos » le plus absolu. Par instants, elle a un délire intense et des impulsions au suicide très nettes.

Le rash a pris une teinte jaune paille, léger aspect ecchymotique qui, le lendemain, s'atténue encore.

L'éruption symptômatique disparaît graduellement.

5 Avril. — Le rash n'est plus visible. L'état de la malade est grave. — Le délire est continuel, la constipation est opiniâtre, le ventre est légèrement ballonné, la rate est augmentée de volume. La température est de 39° 5 et le pouls est à 128. On fait une injection de caféine pour tonifier le cœur dont les bruits s'assourdissent.

Les jours qui suivent sont marqués par le même état stationnaire grave. La fièvre oscille entre 39° 5 et 39°. Le pouls bat dans les environs de 110. La prostration est extrême. On fait matin et soir une injection d'huile camphrée.

Au seizième jour de l'affection, on constate une amélioration sensible dans l'état de la malade. La langue devient humide, se dépouille de son enduit saburral. Le pouls redevient moins fréquent et mieux frappé. La défervescence ne se fait pas brusquement. On observe un abaissement graduel de la température jusqu'à la normale. La convalescence s'installe progressivement et les forces reviennent assez vite.

RASHS RUBÉOLIFORMES

OBSERVATION VII

J... B..., âgée de 27 ans, est de nationalité française. Elle habite une chambre d'hôtel, rue de Chartres.

Evacuée de l'Hôpital sur l'ambulance d'El-Kettar avec des symptômes très nets de typhus exanthématique. Au début, frissons, céphalalgie, vomissements, courbatures et douleurs abdominales, ascension brusque de la température dès le premier soir ; insomnie et agitation.

Plus tard, apparition d'un exanthème généralisé coïncidant avec une constipation opiniâtre, tels ont été depuis six jours les symptômes que cette malade a présentés.

L'éruption est formée de taches lenticulaires rosées qui s'affacent peu par la pression du doigt.

A son entrée, la malade a un pouls petit, rapide, mais régulier non dicrote. Les yeux sont brillants ; la langue très sèche et rôtie ; les dents couvertes de fuliginosités. La malade est plongée dans la stupeur.

Le lendemain, 13 mai, elle présente une congestion intense du visage et, sur cette teinte hyperhémique, se dessine une éruption rubéoliforme qui descend sur le cou, la partie supérieure du thorax, l'épaule droite et la face postérieure du bras droit,

Cette éruption est formée de macules rougeâtres, légèrement papuleuses mais veloutées. Les macules s'effacent nettement sous le doigt; de plus leur aspect les différencie suffisamment des éléments éruptifs typhiques dans les points où les deux éruptions entremêlent leurs éléments.

Ce rash ne s'accompagne pas de démangeaisons. Il n'y a pas d'énanthème, pas de catarrhe oculo nasal, pas de laryngite ; l'examen de la gorge ne décèle pas de symptômes d'angine. Il n'y a pas, non plus de tuméfaction ganglionnaire.

Au niveau du thorax, de l'épaule et du bras droit, on observe les mêmes éléments, mais groupés en larges placards, simulant par place la rougeole.

Ce rash s'accentue le lendemain. L'éruption symptômatique tend, de son côté, à prendre un caractère pétéchial. La malade commence à présenter du délire pour la première fois. Elle en est pourtant au neuvième jour de sa maladie.

Le 15 mai, les macules du rash ont une tendance à disparaître sur le visage et le cou. Beaucoup d'éléments typhiques se sont transformés en pétéchies ; d'autres en sont au stade ecchymotique.

La malade est en proie à une dyspnée intense. Placée dans le décubitus dorsal, elle reste immobile, insensible à tout ce qui l'environne, dans un état de stupeur voisin du coma. Son pouls est à peine perceptible. Sous l'influence des enveloppements humides et du sérum caféiné, fréquemment répétés, la dyspnée s'atténue, le pouls devient moins filant, quoique encore rapide.

Dès le 18, l'éruption typhique a disparu et l'exanthème du visage s'est effacé sans donner lieu à une desquamation. Sur les épaules et sur le bras le même exanthème disparaît. On observe la persistance de la coloration des pommettes et du menton longtemps après la disparition des exanthèmes.

L'état de la malade s'est amélioré insensiblement sans qu'on ait pu observer une défervescence brusque, une vraie crise. La convalescence a été retardée par l'apparition d'une eschare fessière, complication fréquente du décubitus dorsal dans cette affection.

La malade est sortie guérie le 12 juin.

OBSERVATION VIII

—

Vve T...M.., âgée de 31 ans, d'origine israélite, est évacuée le 30 mars 1909 de l'Hôpital de Mustapha sur l'Ambulance d'El-Kettar avec le diagnostic de « typhus confirmé »

A.P. -- Rougeole dans l'enfance, fièvre muqueuse à l'âge de onze ans.

Soignée depuis plusieurs jours pour une bronchite, la malade se fait hospitaliser, ne voyant pas d'amélioration dans son état. Le diagnostic de typhus exanthématique est posé par l'interne de garde qui fait transporter la malade à l'ambulance des contagieux d'Alger.

Tous les symptômes que présente la malade sont en faveur d'un typhus : éruption généralisée de taches rosées, délire loquace, abattement, température très élevée, pouls rapide et petit, soubresauts des tendons, absence de symptômes abdominaux, sauf de la constipation ; de la congestion des bases pulmonaires.

La malade semble entrer dans le second septenaire de la maladie. Elle est mise au traitement des typhiques et on institue un traitement toni-cardiaque d'urgence.

La malade offre cette particularité intéressante de présenter sur la face un exanthème polymorphe. Cet exanthème, par certains caractères, se rapproche de l'éruption morbilleuse. Il est formé de taches rouges formant un léger relief, douces au toucher, mais plus larges et plus étalées que les taches morbilleuses et inscrites sur un fond hyperhémié. Il n'y a pas de formation de grands placards, ni de croissants comme dans la rougeole. Il n'y a pas de catarrhe oculo-nasal, mais il y a de la laryngite.

Cette éruption ne semble pas s'accompagner de démangeaisons. Etant donné l'analogie de ces éléments éruptifs avec ceux de la rubéole, on pense à un rash rubéoliforme et on élimine la possibilité d'une rougeole surajoutée.

La malade n'a pas ingéré de médicaments pouvant donner lieu a une éruption. Dans les jours qui suivent son admission à El-Kettar, on constate nettement que les deux éruptions de la face et du restant du corps évoluent chacune pour son propre compte. Tandis que l'éruption du corps tend à devenir pétéchiale, celle de la face se montre plus nette. Les éléments abondent surtout sur les joues, autour de la bouche et du nez et à la face antérieure du cou.

La malade, plongée dans un abattement extrême, présente la nuit un délire très violent.

Au cinquième jour de son arrivée, à l'heure de la visite, on trouve la malade plongée dans l'hypothermie et le coma. L'état du cœur nécessite une application de glace sur la région précordiale, des injections de sérum caféiné fréquemment répétées et des injections d'huile camphrée toutes les trois heures. Sous l'influence de cette médication, la température se rapproche sensiblement de la normale. Cet état grave reste stationnaire jusqu'au 8 avril.

Insensiblement, les bruits du cœur deviennent plus nets et à la prostration fait place un état de demi-conscience qui répond à une amélioration sensible de la malade.

Dès le 10 avril, la malade est considérée comme hors de danger, malgré une température qui oscille entre 36° et 36°5, et un pouls qui bat de 50 à 60 pulsations par minute.

Convalescence très longue, guérison définitive de la malade dans les derniers jours de la maladie.

CHAPITRE III

CARACTÈRES CLINIQUES DES RASHS

Les observations que nous avons reproduites sont relatives à des malades atteints vraisemblablement de typhus exanthématique. C'est du moins l'impression que nous a laissée la constatation des signes les plus caractéristiques de l'infection typhique : début brusque de l'affection, congestion du visage, céphalée, fièvre en plateau, fréquence et petitesse du pouls, délire, puis prostration, soubresauts des tendons, pétéchies.

Nous avons toujours mis largement à contribution le laboratoire pour effectuer les recherches qui nous paraissaient capables d'éclairer le diagnostic dans les cas douteux.

C'est ainsi que nous avons été amené à pratiquer soit le séro-diagnostée de la fièvre typhoïde, soit des formules leucocytaires, soit des examens de sang après coloration à la solution de Giemsa pour rechercher le spirille d'Obermeier, signalé déjà à cette époque à Alger, soit des examens cytologiques de liquide céphalo-rachidien.

Puis, dirigeant nos recherches de contrôle vers la clinique, nous éliminions par un interrogatoire précis la possibilité d'éruptions pathogénétiques.

Il n'a jamais été à notre connaissance que nos malades atteints de ces rashs aient ingéré, avant leur entrée à l'hôpital un médicament susceptible de provoquer une éruption. Même dans cette hypothèse, l'éruption aurait été, semble-t-il, bien longue à se produire.

En effet, ces rashs sont survenus pour la plupart en cours de séjour à El-Kettar. S'ils étaient dûs à un médicament ingéré, on serait en droit d'incriminer la médication faite à l'Ambulance. Or, les seuls médicaments que nous ayons ordonnés étaient soit des potions toniques à base d'acétate d'ammoniaque, rhum et teinture de cannelle, soit des potions cardiaques à base de spartéine ou caféine, soit, dans certains cas, des injections d'huile camphrée, médication toute symptômatique d'ailleurs. Mais aucun de ces agents médicamenteux n'est réputé susceptible de déterminer une éruption.

Description clinique de ces rashs. — Rappelons les variétés qui sont représentées.

Variétés... **Erysipélateuse.**
Morbilliforme.
Scarlatiniforme.
Rubéoliforme.

Tous ces rashs appartenaient à la variété érythémateuse ou hyperhémique. Aucun d'eux n'a pris l'apparence hémorragique,

Le rash érysipélateux, très rare selon les classiques, au cours des fièvres éruptives, a été vu deux fois. Formé de placards rouge sombre, avec parfois des reflets lilas, il est caractérisé par un gonflement, une turgescence de la peau avec sensation non douloureuse de tension du tégument. La peau, lisse, luisante, comme enduite d'un vernis brillant, est tantôt sèche, tantôt humide, suivant l'état de sécrétion des glandes sudoripares et sébacées, mais toujours chaude et jamais parcheminée.

Diagnostic différentiel : ni bourrelet périphérique, ni engorgement ganglionnaire, ni desquamation.

Le rash morbilliforme, plus fréquent, est formé de macules roses ou rouges, présentant un léger relief et donnant sous la pulpe digitale, une sensation douce et veloutée. Ces élevures sont plus larges et plus étalées, de couleur plus pâle et moins cuivrée que les éléments éruptifs de la rougeole, disséminées sans ordre, disposées en petits placards, par confluence partielle de quelques éléments.

Diagnostic différentiel : pas de catarrhe oculo-nasal, pas de laryngite, pas d'engorgement ganglionnaire, ni de desquamation furfuracée.

Rash scarlatiniforme. — A l'occasion d'un seul cas de rash scarlatiniforme, il est impossible de tracer les caractères généraux de tout le groupe scarlatiniforme. Nous dirons simplement qu'il se présente sous la forme d'un large placard de couleur rouge écrevisse avec un pointillé hémorragique peu apparent d'ailleurs,

Le fond congestif s'efface complètement sous la pression du doigt qui y laisse une empreinte blanchâtre très fugace ; le pointillé hémorragique diminue de même sous la pression digitale mais ne disparaît qu'incomplètement.

Diagnostic différentiel : ni angine, ni vomissements « énormes », ni engorgement ganglionnaire, ni desquamation en lamelles écailleuses.

Rash rubéoliforme. — Nous l'avons désigné sous ce nom et distingué du rash morbilliforme autant par l'aspect des macules plus foncées en couleur, plus larges et plus étalées, que par leur localisation autour des lèvres et du nez et l'absence de grands placards. Les éléments éruptifs ressemblent à ceux de la rubéole de l'enfance.

Diagnostic différentiel : ni démangeaisons au niveau de l'éruption, ni énanthème, ni catarrhe oculo-nasal, ni engorgement ganglionnaire.

Conditions Etiologiques.

Nos observations concernent presque uniquement des femmes; nous comptons 7 cas de rash chez les femmes sur un total de 32 malades et 1 cas chez un adolescent sur un total de 58 malades.

Tous nos typhiques appartenaient à la race européenne: Français, Israélites ou Espagnols. La race indigène, qui a fourni cependant la plus grande partie des malades que nous avons traités, n'est pas représentée.

Et nous attribuons ce fait à la difficulté d'apprécier, chez les indigènes, une éruption quelconque sur leurs téguments plus ou moins brunis par le soleil.

Mode d'apparition.

Ces rashs semblent d'autant plus distincts de l'éruption typhique qu'ils apparaissent bien après celle ci (deux ou trois jours après) ce sont donc des rashs méta-éruptifs. Leur durée était de trois à cinq jours. Ils disparaissaient bien avant l'éruption symptômatique dont un des principaux traits est de persister longuement, parfois même jusqu'à la convalescence.

Ces rashs sont cependant moins fugaces que ceux de la variole, de la varicelle, et surtout de la rougeole, où leur évolution se fait en 24 heures pour celle-ci, en trois jours pour celles-là.

Lieux d'élection.

Une particularité intéressante de ces rashs est assurément leur localisation. Leur siège d'élection au visage surtout permettait de ne pas les laisser passer inaperçus dans les différents cas où ils se montraient. Il est de règle, en effet, d'observer que l'éruption de typhus respecte la face; (Les classiques sont très affirmatifs sur ce point) de sorte que tout élément éruptif, apparaissant au visage, devait forcément attirer notre attention sur cette localisation d'exception.

Mais, si ces éruptions se sont montrées constamment sur le visage, elles se sont aussi, dans quelques cas, étendues aux régions voisines,

Ainsi, dans les différents cas observés nous avons pu constater que le rash envahissait, en outre du visage, les régions suivantes :

Région antérieure du cou. *(Observation V).*

Région antérieure du cou, région antérieure et supérieure du thorax. *(Observations I et III.)*

Région latérale gauche du cou, région de la nuque, face postérieure, puis face antérieure de l'épaule gauche. *(Observation VI.)*

Région antéro-latérale du cou, partie supérieure du thorax, face postérieure de l'épaule droite. *(Observation VII.)*

Région antérieure du cou, région sus-claviculaire, face antérieure du thorax, face antérieure du bras et de l'avant-bras droit. *(Observation IV.)*

L'influence du Rash sur l'état général des malades.

L'influence de ces rashs sur la courbe thermique fut nulle : il n'y eut, au moment de leur apparition, ni recrudescence de la fièvre, ni abaissement de la température. Or, on note toujours, au cours de complications du typhus par une fièvre éruptive, une perturbation de la courbe thermique.

Dans les huit cas de rashs observés, il y eut toujours co-existence d'une forme sévère du typhus. Les malades présentèrent des complications cardiaques des plus graves, et ce fut à une surveillance de tous les instants et à une médication toni-cardiaque intensive que nous dûmes de n'avoir pas de décès à enregistrer dans ces différents cas. « C'est, en effet, par le cœur que meurent la plupart des malades. » (De Brun.)

Y a-t-il eu là une pure coïncidence entre la présence de ces rashs et la forme grave de l'affection typhique ou bien la virulence de l'affection a-t-elle occasionné la présence de ces rashs ?

CHAPITRE IV

PATHOGÉNIE

Quelle est la signification pathologique des rashs dans le typhus exanthématique ?

La pathogénie de ces rashs est certainement dans notre sujet la partie la plus intéressante à étudier ; mais aussi la plus délicate et la plus difficile.

Les auteurs enregistrent, en effet, dans les traités classiques, les statistiques de rash au cours des affections diverses. Ils en tracent les caractères cliniques, mais oublient le plus souvent d'ouvrîr le chapitre pathogénique. L'indécision que l'on rencontre dans les théories relatives à ce chapitre explique surabondamment les difficultés qui président à l'élucidation de cette question.

Nous passerons en revue les différentes théories qui ont eu cours jusqu'à ce jour et nous essayerons de rechercher quelle explication cadre le mieux avec les caractères des rashs que nous avons décrits :

Bazin faisait des rashs des maladies infectieuses « une manifestation dermopathique rhumatismale. »

Hutchinson fait du rash une entité nosologique spéciale et la décrit comme une fièvre éruptive ayant son évolution propre.

Van Swieten, Borsieri attribuaient l'éruption à une « constitution épidémique spéciale. »

Pour Newmann, de Vienne, le rash est dû à l'apport de produits toxiques au niveau des capillaires cutanés et à la réaction inflammatoire des parois vasculaires, d'où naîtrait une irritation tégumentaire. *(Congrès international des Sciences médicales, Berlin 1890).*

Lavy dans sa thèse qui date de 1890, expose à ce sujet la théorie de la « décharge microbienne » par la peau, que les études des bactériologistes semblent devoir nous faire repousser. Pour lui, les érythèmes des fièvres infectieuses seraient dus à l'action des microbes éliminés par la peau sur les capillaires du derme. Il se passerait du côté des téguments un phénomène analogue à celui qui se produit au niveau du rein où l'on observe une néphrite infectieuse hémorragique due aux lésions microbiennes capillaires.

Toutes ces théories sont aujourd'hui abandonnées. On attribue aux phénomènes congestifs du début des fièvres éruptives, et de la varicelle en particulier, une origine nerveuse.

« L'hyperhémie cutanée, qui se manifeste à ce moment « sous la forme de rash est due uniquement à une dilata- « tion des capillaires. Et cette dilatation est elle-même « liée à des troubles de l'innervation motrice de la peau. « C'est une angionévrose. Le produit toxique, communi- « quant par la circulation avec les centres vaso-moteurs, » produit à ce niveau une excitation spéciale, dont l'effet « à distance se produit par un érythème consécutif à une « vaso-dilatation. C'est une intoxication centrale et non « périphérique. » Daverède.

La fréquence des érythèmes, au cours des infections les plus diverses, semble en effet démontrer l'action qu'exercent les toxines microbiennes sur les centres vaso-moteurs.

Or le typhus exanthématique compte au premier rang des maladies infectieuses. L'agent pathogène est encore à trouver. La toxine n'est point connue, mais à défaut d'expériences de laboratoire et de recherches expérimentales, la clinique peut nous édifier sur la virulence de toxines probables. Le début brusque, la gravité et l'intensité dès les premiers jours des symptômes nerveux et respiratoires, l'insuffisance à brève échéance des différents émonctoires, sont autant de symptômes qui témoignent de la virulence de l'infection et qui traduisent l'intoxication profonde de l'organisme.

D'après Bouchard, qui a étudié les produits toxiques d'origine microbienne et leur influence sur les appareils nerveux vaso-moteurs, les microbes secrètent deux sortes de produits à action diamétralement opposée sur l'organisme. Les uns augmentent l'excitabilité de l'appareil vaso-dilatateur et favorisent l'inflammation : ce sont des « ectasines ». Les autres diminuent, empêchent la vaso dilatation : ce sont des « anectasines ».

C'est d'après ces données que Daverède (thèse de Paris, 1899) donne l'explication suivante du mécanisme du rash dans la varicelle.

« Le bacille varicellique est un bacille producteur « d' « ectasines » et, selon que l'organisme qui en est « porteur est dans un état de réceptivité plus considé- « rable, selon que les tissus ont un penchant plus mar- « qué vers l'exanthème, nous assisterons à un rash ou « nous constaterons son absence. »

Pareil mécanisme pourrait être invoqué pour expliquer les rashs du typhus, si l'on pouvait affirmer la présence d'ectasines dans les produits de sécrétion microbienne.

Nous admettrons que le mécanisme physiologique par lequel se réalise le rash est, au cours du typhus, comme au cours des autres fièvres éruptives, un trouble dans l'innervation vaso-motrice de la peau. La paralysie des capillaires déterminera une vaso-dilatation pure et simple et un érythème.

La paralysie ne frappe t-elle que des rameaux isolés, au lieu d'occuper des zones entières, le rash morbilliforme apparaîtra.

La paralysie est-elle complète dans toute son étendue, frappe-t-elle un territoire plus considérable, le rash scarlatiniforme se produira dans toute son intensité.

L'hyperhémie est-elle excessive, y a-t-il des ruptures des vaisseaux capillaires, le rash purpurique sera constitué.

Pour le typhus, comme pour la variole, nous admettrons que cette perturbation dans l'innervation vaso-

motrice du derme, est due à l'imprégnation des centres vaso-moteurs par les produits toxiques de l'agent pathogène encore inconnu. C'est, en effet, au moment de la période d'état, lorsque l'infection est généralisée, que ces rashs apparaissent.

Reste maintenant à déterminer en quel point l'imprégnation toxique se produit, à expliquer la localisation de ces rashs en certains territoires plutôt qu'en d'autres.

A l'occasion des rashs varioliques, les auteurs ont recherché comment se faisaient cette répartition et cette localisation.

« Simon (de Marbourg) ayant comparé le siège de prédi-
« lection des rashs avec les départements de l'innerva-
« tion vaso-motrice de la peau décrits et figurés par
« Voigt, admet que le rash est dû à une névrose des
« vaso-moteurs. Il remarque que le triangle inguinal
« innervé par les nerfs abdomino-génitaux est le lieu
« d'élection des principaux rashs, que les régions posté-
« rieures du tronc, innervées par les vaso-moteurs des
« branches postérieures des nerfs rachidiens, ne sont
« presque jamais atteintes. Dans un seul cas sur trois
« cents qu'il dit avoir observés, le rash siégeait à la
« région lombaire, et là, il correspondait exactement à un
« des départements de l'innervation de Voigt. Enfin, il
« cite une très curieuse observation qui plaide singuliè-
« rement en faveur de l'influence du système nerveux
« sur la production du rash. Chez un individu qui avait
« contracté la variole, la rachialgie prodromique avait été
« remplacée par une névralgie sciatique du côté droit ;
« c'est le long de la partie postérieure de la cuisse droite
« que le rash fit son apparition première.

« On est en droit de supposer que le rash est un phé-
« nomène lié à des troubles de l'innervation vaso-motrice
« de la peau ayant probablement son origine dans la
« moëlle. » (Langevin, *Thèse de Paris, 1903*).

Cette opinion est aussi celle de Roger, qui conclut son article sur les *rashs varioliques* par les considérations suivantes :

« Il est certain qu'il faut rapporter au système nerveux « le trouble initial qui nécessite le rash. On est ainsi « conduit à incriminer le système sympathique. Mais en « quel point l'imprégnation toxique se produit-elle ? Est- « ce sur les troncs nerveux, les ganglions ou la moëlle ? « Cette dernière localisation nous paraît la seule accep- « table. On sait, en effet, combien les centres rachidiens, « surtout les centres lombaires, sont touchés dans la « variole : la rachialgie, les douleurs dans les jambes, la « constipation, les douleurs en ceinture les douleurs « dans la nuque, la parésie des membres inférieurs....., « tous ces troubles relèvent d'une congestion médullaire « qui explique également les manifestations cutanées « concomitantes, c'est-à dire, les éruptions généralisées « ou partielles des rashs. »

La congestion médullaire est-elle assez intense, dans le typhus pour expliquer de même les rashs typhiques ? La constipation, les douleurs dans les membres inférieurs, les douleurs dans la nuque traduisent certainement une forte congestion de la moëlle ; mais celle-ci ne nous paraît pas suffisante pour expliquer la répartition de nos rashs.

On applique aussi aux rashs varioliques partiels la théorie métamérique par laquelle M. Brissand veut expliquer la disposition des éruptions zostériennes. On sait sur quelle base s'appuie cette ingénieuse conception. Chez les animaux inférieurs, le corps est composé de segments non différenciés homodynames, dont la réunion forme l'animal. Nette encore, au début du développement ontogénique chez les êtres supérieurs, l'ordonnance primitive disparaît bientôt, et c'est à peine si l'on retrouve, au niveau du tronc de l'homme, les traces d'un état segmentaire. « Toutefois, si à l'état physiologique, nous « avons perdu tout souvenir des stades évolutifs traversés « par l'individu comme par l'espèce, certains processus « pathogéniques pourront nous les rappeler. C'est ainsi « que des lésions médulaires, telles que la syringomyélie, « mettent en relief les territoires métamériques. Diverses « éruptions ou lésions cutanées, les zonas, les rashs « agissent de même ». (Roger, *Les Maladies infectieuses.*)

Cette théorie métamérique, si elle explique l'origine de la topographie des éruptions varioliques, n'explique pas la localisation de nos rashs typhiques. Cela tient à l'aspect et à la constitution des rashs varioliques qui sont généralement symétriques et qui affectent souvent une disposition en ceinture.

Les rashs du typhus sont plutôt unilatéraux et se disposent, dans la plus grande partie des cas, en bandes longitudinales qui s'étalent sur les membres, rappelant les zones d'innervation de la peau, décrites par Head et Campbell.

Or, Langevin, étudiant l'origine de la topographie des rashs varioliques, dans sa thèse (Paris, 1903) pense que l'imprégnation des produits toxiques se fait sur les racines.

« Comme notre maître, nous croyons qu'il faut incri-
« miner le système sympathique pour expliquer la topo-
« graphie du rash variolique. Nous différons seulement
« d'avis sur le point où l'imprégnation toxique se fait.
« Nous pensons qu'elle se fait sur les racines. A l'heure
« actuelle, de toute part, la doctrine du myélomère est
« battue en brèche *(syringomyélie, zona)*. En tout cas, nous
« ne connaissons pas de topographie particulière du
« segment cutané spinal et nous avons tout lieu de croire
« (Déjerine) qu'il est identique au segment radiculaire. Il
« nous semble donc que la variole affecte plutôt les
« rhizomères ; nous avons d'ailleurs vu, en étudiant le
« grand sympathique, que la projection de ce système
« était rhizomérique. »

Langevin compare les principales localisations des rashs et les schémas des territoires de distribution radiculaire de Head et Campbell et constate que les premières correspondent aux zones commandées par certaines racines.

Les conclusions de sa thèse sont les suivantes :

« La notion de la disposition radiculaire d'une éruption
« *(purpura syphilis. nævus métamérique)* prend dès lors
« une importance pathogénique très grande. La cause es-
« sentielle de la distribution rhizomérique d'une éruption

« semble être un trouble fonctionnel ou une lésion anato-
« mique du ganglion spinal ou de la racine rachidienne
« postérieure. L'agent dystrophique toxique microbien
« ou purement mécanique, agissant sur l'origine des
« fibres sensitives et vaso-motrices périphériques, pro-
« duit dans le rhizomère correspondant des troubles de
« la sensibilité, de la circulation ou de la nutrition. Ces
« perturbations, si elles ne constituent pas par elles-
« mêmes les seules manifestations cutanées, peuvent
« être une cause d'appel ou de défense vis-à-vis des
« parasites en circulation dans l'organisme. »

De toutes les théories précitées, celle de Langevin, nous permettant d'expliquer à peu près aisément la topographie des rashs typhiques, satisfait le mieux notre esprit.

En effet, si nous comparons les lieux d'élection de nos rashs typhiques, et les schémas de Head et Campbell, nous remarquons que les lieux de localisation de nos rashs semblent correspondre dans une certaine mesure, aux zones radiculaires de ces auteurs.

C'est ainsi que la localisation du rash observation V, correspond sensiblement à la zone C^{III} ; celle des rashs observations I, III et VII aux zones C^{III} et C^{IV} ; celle du rash observation IV, aux zones C^{III}, C^{V}, C^{VI} et C^{VII}.

CHAPITRE IV

CONCLUSIONS

Les rashs, de quelque origine qu'ils soient, offrent toujours quelques difficultés diagnostiques. Par leur ressemblance avec les éruptions symptômatiques des fièvres éruptives dont ils empruntent quelques caractères, ils peuvent prêter à confusion et en imposer pour ces fièvres éruptives.

Leur connaissance dans les affections où ils sont susceptibles d'apparaître permet au clinicien averti de ne pas les méconnaître, d'établir un diagnostic relativement précoce et d'instituer un traitement approprié.

La topographie des rashs que nous signalons au cours du typhus leur est spéciale ; leur mode d'apparition nettement caractérisée, leur durée éphémère ; la constatation de ces signes permet d'exclure les érythèmes d'origine médicamenteuse dont la durée est très longue et subordonnée à la suppression du remède.

La connaissance des antécédents ou commémoratifs permet de même d'éliminer les fièvres éruptives et les érythèmes survenant au cours de certaines maladies générales.

Si d'autre part nous tenons compte de la gravité des cas qui ont motivé ces rashs, nous pourrons sinon porter un pronostic sombre, du moins réserver celui-ci. En effet, il ne nous est pas permis de tabler sur une série de huit cas de rashs survenant au cours d'une épidémie exceptionnelle dans ses allures pour affirmer que la constatation d'un rash, au cours du typhus, comporte un pronostic sévère.

Nous sommes autorisé seulement à rappeler, d'après nos observations, la coïncidence de ces rashs avec une forme grave de l'affection et avec les complications cardiaques concomitantes, et s'il ne nous est pas possible d'établir des conclusions pronostiques, nous devons songer à la myocardite probable dont le rashs est le précurseur.

L'attention doit être éveillée du côté du fonctionnement du cœur et les complications cardiaques doivent être prévenues.

INDEX BIBLIOGRAPHIQUE

AUCHÉ. – Fièvres éruptives. – Article variole. – *Nouveau Traité de Médecine et Thérapeutique*. – Brouardel et Gilbert, 1906.

ANDREW BALFOUR et CHARLES PORTER. – *The Bactériology Of Typhus Fever*.

T. BARTHÉLEMY. – Thèse de Paris 1880. – Recherches sur la variole.

L. CERF. – Les Rashs varicelliques. – *Presse Médicale*, 6 octobre 1900.

J. CRESPIN. – *Manuel de Diagnostic Clinique*, 1907.

DUBIEF et BRUHL. – 1894.

DE BRUN. – *Revue de Médecine*. – 10 novembre 1873.

DIEULAFOY. – *Manuel de Pathologie Interne*. Tome IV, 1904.

ENRIQUEZ. – *Traité de Médecine*. Tome I, 1909.

GOTSCHLICH. – *U. Protozoen Befunde (Apiosoma) im Blute von Fleck typhus Kranken*.

GIRARD. – Syndrôme infectieux tardif au cours de la scarlatine. – Thèse de Paris 1900.

LANGEVIN. – Etude sur la Métamérie cutanée en particulier, dans le Zona et les Fièvres éruptives. – Thèse de Paris 1903.

MARFAN et APERT. – Société Médicale des Hôpitaux, 8 mai 1896.

MURCHISON. – 1853. *Le Typhus exanthématique*. – Traduit par Thoinot et Dubief 1896.

CH. NICOLLE. – Recherches expérimentales sur le Typhus exanthématique. – *Annales de l'Institut Pasteur*. – Avril 1910.

CH. NICOLLE et JAEGGY. – Recherches expérimentales sur le Typhus exanthématique. – *Annales de l'Institut Pasteur*. – Février 1910.

L. PÉLISSARD. – Le Typhus en 1909 à l'Ambulance d'El-Kettar. – *Bulletin Médical de l'Algérie*, du 10 avril 1910.

H. ROGER et E. WEIL. – Les Rashs Varioliques. – *Presse Médicale*, 31 juillet 1901.

H. Roger. - Les Maladies infectieuses 1902. - Librairie Masson.

Simon (de Marbourg). - *Archiven für dermat. Und syph*, 1872, page 541.

Sylvestre. - *Bulletin Médical*. - Février 1896.

Trousseau. - Clinique Médicale de l'Hôtel Dieu.

Thoinot-Calmette. - Note sur quelques examens de sang dans le Typhus exanthématique 1892.

F. Trémolières. - Article Rash dans *la pratique dermatologique* de E. Besnier, L. Brocq, L. Jacquet.

Vu par le Doyen,
Curtillet.

Vu par le Président de la thèse,
H. Soulié.

VU ET PERMIS D'IMPRIMER

Alger, le 9 Juin 1911.

Le Recteur de l'Académie d'Alger,
E. Ardaillon.

Imp. F. GUARDIOLA, au Climat-de-France (Bab-el-Oued) Alger

Imprimerie Commerciale F. GUARDIOLA Climat-de-France Bab-el-Oued ALGER